

Aanmeldformulier voor het uitvoeren van gehooronderzoek op het Audiologisch Centrum voor jongeren ouder dan 16 jaar en volwassenen

Heeft u een verwijzing gekregen van uw huisarts, KNO-arts of een andere verwijzer? Dan kunt u zich met dit formulier aanmelden bij het Audiologisch centrum. *Let op: een verwijzing van een arts is altijd nodig voor aanmelding.*

Voorletters: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ BSN nummer: _____ Geslacht: M V Anders
Adres en huisnummer: _____ Postcode en plaats: _____
(Mobiel) tel. nummer: _____ Emailadres: _____
Naam huisarts: _____ Adres huisarts: _____

Bent u in het bezit van een identiteitsbewijs: ja nee Soort ID-bewijs: _____ ID-nummer: _____
Let op: u bent verplicht een identiteitsbewijs mee te nemen naar de afspraken op het Audiologisch Centrum. Zonder identiteitsbewijs kan geen onderzoek plaatsvinden, omdat wij de onderzoeken dan niet kunnen declareren bij de zorgverzekering!

Graag aanvinken wat voor u van toepassing is:

- ik heb twijfels over het gehoor
- tinnitus (oorsuizen)
- hyperacusis (overgevoelig voor geluid)
- communicatieproblemen door slechthorendheid
- problemen op het werk vanwege gehoorproblemen
- ik wil extra hulpmiddelen zoals solo-apparatuur of een wek- en waarschuwingsinstallatie
- ik krijg binnenkort een operatie bij de KNO-arts (preoperatief) datum operatie: _____
- ik wil een nacontrole na een operatie bij de KNO-arts (postoperatief) datum operatie: _____
- ik heb hoortoestellen, indien ja:
 - Naam audicien: _____
 - Hoe lang heeft u uw huidige hoortoestellen? op proef
 - minder dan 5 jaar
 - 5 jaar of langer

anders namelijk: _____

Bent u onder behandeling bij een KNO-arts (geweest)? nee ja, datum: _____
Heeft u een afspraak bij de KNO-arts? nee ja, datum: _____

Eventuele korte toelichting (bijv. wat verwacht u van het Audiologisch Centrum)/andere bijzonderheden): _____

Toestemmingsverklaring voor het opvragen en verstrekken van informatie

Om zo goed mogelijk onderzoek te kunnen doen of behandeling te kunnen bieden, is het belangrijk dat we met andere zorgprofessionals en/of betrokkenen kunnen overleggen en informatie kunnen uitwisselen. Denk hierbij aan de KNO-arts, huisarts of audicien. We wisselen alleen strikt noodzakelijke gegevens uit. Deze uitwisseling mag alleen plaatsvinden met uw toestemming. Dit geeft u door 'ja' aan te vinken en het formulier te ondertekenen. U kunt uw toestemming altijd weer intrekken door dit te melden bij de onderzoeker.

Ondergetekende geeft aan de Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep toestemming voor:

Het uitwisselen van persoonsgegevens van cliënt met personen en instellingen die cliënt zorg verlenen, zorg hebben verleend en/of beschikken over diagnoses en testresultaten (zoals artsen, diagnostische centra, behandelaars, externe diensten):

nee n.v.t. ja, huisarts: (naam invullen)

nee n.v.t. ja, KNO-arts: (naam invullen)

nee n.v.t. ja, namelijk: (naam invullen)

Datum en plaats ondertekening: _____ , _____

Naam: _____ of _____ Naam wettelijk vertegenwoordiger:
(Indien cliënt jonger dan 18 jaar is)

Handtekening: _____ Handtekening wettelijk vertegenwoordiger: _____

*Als u het formulier digitaal invult, kunt u een foto van uw handtekening invoegen.
Heeft u het formulier uitgeprint? Dan kunt u het formulier inscannen en naar ons mailen.*